

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

201

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 29 Mai 1886, à 1 heure,

PAR EDMOND SAINT-MARTIN

Né à Bonnut, canton d'Orthez (Basses-Pyrénées), le 19 avril 1857.

DE L'IRIDECTOMIE

DANS LES IRITIS A RECHUTE

Président : M. PANAS, professeur.

*Juges : MM. { MATHIAS-DUVAL, professeur,
BOUILLY, CAMPENON, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

52, RUE MADAME ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 14

1886

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. BÉCLARD.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	SAPPEY.
Physiologie.....	BECLARD.
Physique médicale.....	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	PETER.
	DAMASCINO.
Pathologie chirurgicale.....	GUYON.
	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils.....	DUPLAY.
Pharmacologie.....	REGNAULD
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés.....	TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	VULPIAN.
	SEE (G.).
Clinique médicale.....	JACCOUD.
	HARDY.
	POTAIN
	GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants.....	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	CHARCOT.
	RICHEL.
Clinique chirurgicale.....	VERNEUIL
	TRELAT.
	LE FORT.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchements.....	PAJOT.

DOYEN HONORAIRE : M. VULPIAN

Professeurs honoraires : MM. GOSSELIN, BOUCHARDAT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BLANCHARD.	GUEBHARD.	PEYROT.	RIBEMONT.
BOUILLY.	HALLOPEAU.	PINARD.	DESSAIGNES.
BUDIN.	HANOT.	POUCHET.	RICHELOT.
CAMPENON.	HANRIOT.	QUINQUAUD.	Ch. RICHEL.
CHARPENTIER.	HUMBERT.	RAYMOND.	ROBIN (Albert).
DEBOVE.	HUTINEL.	RECLUS.	SEGOND.
FARABEUF, chef	JOFFROY.	REMY.	STRAUS.
des travaux anatomiques.	KIRMISSON.	RENDU.	TERRILLON.
GARJEU.	LANDOUZY.	REYNIER.	TROISIÈRE.

Secrétaire de la Faculté : C. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES SŒURS

A MES TANTES

A MES AMIS

A M. LE DOCTEUR TERRIER

Professeur agrégé de la Faculté de médecine,
Chirurgien de l'hôpital Bichat.

A M. LE DOCTEUR CADET DE GASSICOURT

Médecin de l'hôpital Trousseau.
Chevalier de la Légion d'honneur.

A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR RATHERY

Médecin de l'hôpital Tenon.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PANAS

Professeur de Clinique ophthalmologique à la Faculté de Paris.

DE L'IRIDECTOMIE

DANS LES IRITIS A RECHUTE

Pendant les quatre années que nous avons été attaché à titre d'Interne à la Clinique nationale Ophthalmologique des Quinze-Vingts, nous avons été particulièrement frappé de la fréquence des iritis et surtout de la fréquence des rechutes dans les iritis.

De là, à chercher la meilleure méthode de traitement dans les iritis à rechute, il n'y avait qu'un pas. Après avoir pris un grand nombre d'observations, après avoir déterminé la cause des irites et vu employer par notre maître, le docteur Fieuzal les divers traitements institués en pareille circonstance, après avoir reconnu quel était le moyen le plus efficace de mettre un terme aux rechutes dans les iritis, nous avons voulu nous rendre compte de l'opinion qu'avait à ce sujet la généralité des ophthalmologistes. Nous entreprenions cette recherche avec l'idée préconçue qu'en pareille matière il ne pouvait pas y avoir de divergences bien marquées.

Aussi, quel a été notre étonnement en constatant que l'accord était loin d'être établi, et que si tel traitement était préconisé par l'un, il était considéré comme ayant peu de valeur par l'autre. Après avoir publié dans le Bulletin de la Clinique nationale ophthalmologique un travail très incomplet sur ce sujet, nous avons cru pouvoir le reprendre pour notre thèse inaugurale et contribuer, au moyen de recherches plus étendues et par quelques nouveaux aperçus, à établir que l'iridectomie dans les iritis avec synéchies irido-capsulaires, est la seule méthode propre à mettre un terme aux rechutes si fréquentes et toujours si dangereuses en pareil cas. Avant d'entrer en matière, qu'il nous soit permis d'exprimer à tous nos maîtres dans les hôpitaux, notre sincère et profonde gratitude pour les bons conseils et les excellentes leçons qu'ils nous ont prodiguées dans le courant de nos études médicales.

Que M. le professeur Panas qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, reçoive nos plus respectueux remerciements.

HISTORIQUE.

Il faut remonter à l'année 1857, pour retrouver les premières observations d'iridectomie appliquée comme traitement contre les iritis chroniques irido-choroïdites. A cette époque; de Græfe posa nettement les indications de l'iridectomie dans ces affections.

Il nous a paru intéressant de résumer le premier cas d'irido-choroïdite pour lequel il pratiqua quatre ans avant la publication de son article, une pupille artificielle, se basant sur des idées bien vagues du résultat thérapeutique à attendre ainsi qu'il le reconnaît avec la plus grande franchise. Il était guidé par cette pensée qu'en faisant cesser la tension du voile irien, il amènerait l'écoulement des produits déposés derrière cette membrane et déterminerait un écoulement sanguin favorable des vaisseaux de l'iris et de la choroïde.

A sa grande joie, il vit dès le lendemain de l'opération que l'iris n'était plus refoulé en avant, mais qu'il était à une certaine distance de la cornée et que son tissu, sans être encore normal, l'était bien plus qu'auparavant. Huit jours plus tard, l'aspect en était presque normal, et le malade pouvait distinguer les doigts du fond de la chambre et lire de gros caractères. Plus tard la vue de ce malade s'améliora

beaucoup et il n'eut plus d'atteintes d'iritis. L'inutilité de tous les autres moyens et le succès de l'opération encouragèrent de Græfe à y recourir dans plusieurs cas analogues ; ce fut toujours avec succès, et j'aurais, dit-il, publié plus tôt mes heureux résultats, si je n'avais désiré observer les malades pendant un certain laps de temps pour m'assurer de la durée du succès.

Dès que les résultats publiés par de Græfe furent connus, on eut recours de toutes parts à l'intervention chirurgicale dans le traitement des iritis à rechute. Quelques années plus tard Pagenstecker publie huit observations desquelles il résulte que l'iridectomie fournit un des moyens les plus précieux contre cette affection qui jusqu'alors n'avait été malheureusement combattue que trop souvent par les moyens les plus opposés.

« L'excision d'une partie de l'iris, dit-il, comme le prouvent les observations que nous avons rapportées, est suivie dans une infinité de ces cas du succès le plus surprenant. Le plus souvent, elle détermine, au moins, la cessation du processus inflammatoire et l'amélioration de la vision ; d'autre fois seulement un soulagement partiel ; ce n'est que dans un petit nombre de cas que l'on est obligé de répéter plusieurs fois l'opération. »

En 1860, Hulcke publie six observations d'iridectomie dans les inflammations de l'iris et de la choroïde et dans certaines formes de cornéites destinées à faire valoir les idées de de Græfe sur l'iridectomie.

De ces observations l'auteur conclut que dans les cas de choroïdite et d'irido-choroïdites chroniques repassées à l'état aigu, on peut recourir à l'iridectomie avec grand avantage. Elle arrête de suite le processus inflammatoire, établit une pupille suffisante et dans la majorité des cas met à l'abri des récidives. En établissant la valeur de ce moyen de traitement, on ne veut pas prétendre qu'il faille renoncer à tout traitement médical, seulement celui-ci, à une certaine période du mal, ne peut plus être considéré que comme un accessoire.

Malgré ces faits probants, Schirmer en 1868 préconise dans le traitement des iritis les mydriatiques; il leur fait jouer le rôle principal. Il termine son travail sans parler de l'iridectomie et en relatant une série d'essais qu'il a faits avec l'atropine et la fève de Calabar employées concurremment pour déchirer les synechies postérieures. Il n'a jamais pu réussir à obtenir le résultat désiré.

En 1869, Junge, de Saint-Pétersbourg, recommande comme traitement de l'irido-choroïdite la paracentèse fréquente de l'œil. Par ce traitement chirurgical il a réussi dans deux cas à arrêter les progrès de la maladie et même à obtenir une modification favorable de la fonction visuelle. D'après lui, la paracentèse produit une filtration de liquide dans l'œil, et le nouveau liquide facilite la résorption des masses exsudatives. Dans un travail paru en 1866 sur les indications de l'iridectomie et sa valeur thérapeutique, Sichel fils juge l'iridectomie

appliquée au traitement de l'iritis aiguë et de l'iritis chronique.

« Dans l'iritis aiguë, dit-il, lorsqu'on verra que par un traitement médical antiphlogistique, par les instillations répétées d'une solution d'atropine et malgré que la dilatation de la pupille soit portée à sa dernière limite, il y a une tendance marquée aux exsudats dans le champ pupillaire et qu'en même temps on voit un commencement de rétrécissement du champ visuel, on recommande d'avoir recours à l'excision de l'iris, en se basant sur ce que cette opération amènerait une détente dans l'œil, l'évacuation du contenu de la chambre antérieure, une émission sanguine aussi locale que possible qui auraient le pouvoir de faire changer la maladie de caractère. Nous devons avouer que nous ne pouvons pas quant à présent du moins, partager cette manière de voir. Pour nous, nous considérons comme intempestif d'opérer au milieu de la période inflammatoire. Dans les iritis à rechute au contraire, avec de nombreuses synéchies postérieures, l'opération sera indiquée d'autant plus qu'elle aura deux buts : 1° Rouvrir un passage aux rayons lumineux, si la pupille normale est fermée ou insuffisante ; 2° combattre par une action spéciale l'inflammation chronique. » Dans le compte rendu statistique des opérations pratiquées pendant l'année 1874, M. le Dr Fieuzal s'exprime ainsi : « Quand on a affaire à une iritis à rechute, le meilleur moyen consiste pour mettre fin aux récidives à pratiquer une large iri-

dectomie, qui agit dans ce cas comme antiphlogistique en changeant les conditions de circulation de l'iris et en rompant les adhérences. »

Galezowski en voyant la cause des rechutes résider dans l'oblitération partielle ou totale de la pupille, dit qu'il faut chercher à détruire ces adhérences, faire communiquer les deux chambres par une pupille artificielle et préconise l'iridectomie.

En 1873, M. le D^r Denis, chef de clinique ophthalmologique du D^r Abadie soutient sa thèse sur la nature et le traitement de certaines formes d'irido-choroïdite. Il regrette que le remarquable travail de de Græfe ait été si généralisé et qu'on ait dépassé le but de son auteur qui ne l'étendait pas indistinctement à tous les cas. Le D^r Denis croit qu'il faut attacher plus d'importance que de Græfe ne fait à l'état dyscrasique de l'économie et ne pas seulement envisager l'état local et la présence des synéchies. L'opération n'agit qu'autant qu'elle a été précédée d'un traitement général méthodiquement et longtemps suivi. La chirurgie ne doit être qu'un moyen énergique il est vrai, mais secondaire dans ces sortes d'affections.

Enfin, dans ses leçons sur la chirurgie oculaire, M. de Wecker parlant des indications et des contre-indications de la pupille antiphlogistique, s'exprime ainsi :

« Combien n'avons-nous pas dû rabattre de nos anciennes idées sur l'action directement antiphlogistique de la pupille, sur ces théories tout d'abord

séduisantes, d'après lesquelles les synéchies, causes de rechutes se trouvaient détruites ainsi que leurs effets par l'iridectomie?

« En outre, combien de fois cette sécurité tant vantée de la pupille artificielle pratiquée dans les cas d'iritis à rechute pour couper court à toute menace d'inflammation ainsi qu'on le croyait ne s'est-elle pas montrée vaine ? C'est au point que des cas où des rechutes ne sont pas venues infliger un démenti à l'opérateur doivent être considérées comme des exceptions. »

CHAPITRE PREMIER

Il est facile de reconnaître d'après notre aperçu historique que la remarquable découverte de de Græfe est encore loin d'être acceptée par tous les ophthalmologistes.

Devant un pareil état de choses, nous avons pensé que le grand nombre d'observations d'iridectomie dans les iritis à rechute que nous avons pu prendre à la Clinique des Quinze-Vingts pourraient contribuer, par le fait des résultats remarquables obtenus, à lever bien des doutes ou des craintes et à faire accepter sans réserves l'intervention chirurgicale dans l'iritis à rechute.

L'observation suivante d'iritis récidivante que nous tenons essentiellement à publier et à laquelle

on pourrait ajouter malheureusement un grand nombre d'autres, sera de nature à démontrer la ténacité de la maladie.

OBSERVATION I (personnelle). *Iritis à rechute*. — M. C..., employé, n° 961.

Pas de maladie jusqu'à l'âge de 20 ans.

A cette époque, chancre mou, adénite suppurée. Le malade n'a jamais eu mal à la gorge ni de taches sur le corps. Il a été soigné à cette époque avec des pilules de proto-iodure d'hydrargyre. Subitement, le 15 janvier 1878, l'œil gauche s'est injecté. Le malade consulta un médecin qui ordonna un collyre au sulfate de zinc. Ce traitement, suivi pendant trois jours, donna lieu à de la photophobie et à de l'épiphora. En même temps, des douleurs sus orbitaires s'étant déclarées, ce malade consulta M. le Dr Fieuzal qui diagnostiqua une iritis et prescrivit de l'atropine à la dose de 3 gouttes par jour et des compresses chaudes d'infusion de camomille. La dilatation pupillaire n'ayant été obtenue que partiellement, on fit rapidement instiller jusqu'à 18 gouttes par jour d'atropine pendant dix-huit jours consécutivement. De plus, on ordonna au malade des pilules de bichlorure d'hydrargyre et des frictions d'onguent napolitain belladonné. Ce traitement énergique amena rapidement une détente dans les phénomènes inflammatoires. Les douleurs cessèrent, l'injection périkeratique devint moins intense pour cesser complètement, l'iris mcins terne, l'acuité visuelle revint peu à peu normale. Alors, seulement, le traitement local de moins en moins énergique, fut tout à fait abandonné. Le malade prit seulement du sirop de Gibert, puis de l'iodure de potassium (2 cuillerées à bouche par jour d'une solution à 10 grammes pour 200). Après ce traitement, qui dura cinq semaines environ, l'œil ne présentait aucune trace de maladie et l'acuité visuelle était redevenue normale.

En octobre 1878, l'œil droit a été atteint à son tour. Les mêmes phénomènes inflammatoires sont survenus, mais moins violents qu'à son œil gauche. Le traitement suivi a été le même que celui décrit plus haut. Comme pour le premier cas, sous l'influence du traitement, les symptômes disparurent peu à peu, et l'acuité redevint normale; seulement à l'éclairage, soit direct, soit oblique on pouvait apercevoir quelques dépôts d'urée sur la cristalloïde antérieure. Le 8 août 1879, première rechute de l'œil gauche, mêmes symptômes inflammatoires, mais moins violents, sans douleurs périorbitaires. Pendant les huit premiers jours, 6 gouttes d'atropine furent instillées par jour dans l'œil gauche, puis la dose fut progressivement diminuée. Le 30 août, amélioration notable; une synéchie irido-capsulaire persiste seulement à la partie supérieure du sphincter pupillaire. L'acuité visuelle est cependant restée normale. Au mois d'avril 1880, première rechute de l'œil droit, mêmes phénomènes; douleurs moins intenses que pendant la première attaque, même traitement local, pas de traitement interne. Guérison au bout de quarante jours. L'iridectomie fut alors proposée au malade qui la refusa.

Au commencement de l'hiver 1880, deuxième rechute de l'œil gauche; même traitement.

Au mois de mars 1881, deuxième rechute de l'œil droit. Ces deux périodes ont pris fin au bout de dix jours, après un léger traitement.

Le 1^{er} août 1881, troisième rechute de l'œil gauche. Traitement local pendant un mois. Aucun traitement interne. L'iritis pendant cette période s'est compliquée de kératite (abcès des deux cornées).

Au mois d'avril 1882, troisième rechute de l'œil droit. Photophobie considérable.

Traitement général : Salicylate de soude, bains de vapeur, Guérison au bout d'un mois.

En novembre 1882, nouvelle et quatrième rechute de l'œil gauche. Traitement à l'atropine et aux compresses chaudes

d'infusion de camomille. Iodure de potassium (10 pour 200), pilules de sulfate de quinine. Le 14 décembre, guérison.

L'acuité visuelle a été relativement affaiblie après ces nombreuses rechutes et se trouve réduite à $1/2$ sans amélioration. De plus, malgré le traitement local et général de nombreuses adhérences se sont établies; le malade se trouve dans des conditions telles, qu'il devra nécessairement subir l'iridectomie ou éprouver sans cesse des rechutes qui l'amèneront fatalement à la cécité.

Il est certain que la fréquence des rechutes dans les iritis serait largement diminuée si dès le début un traitement énergique et approprié était immédiatement institué; mais malheureusement la négligence de la plupart des malades laisse la maladie gagner du terrain et paralyse par ce fait la puissance des mydriatiques et du traitement général.

Le plus grand nombre d'entre eux ne se présente pour recevoir des soins que lorsque des douleurs très vives viennent leur révéler la gravité du mal et quand malheureusement des adhérences ont pu s'établir entre l'iris contracté et la cristalloïde antérieure. Le début d'une iritis n'a rien de bien effrayant, le malade souffre peu, l'épiphora est encore peu abondant, la photophobie à peine marquée, l'injection périkeratique commence bien à se dessiner, mais tous ces symptômes sont mis la plupart du temps sur le compte d'un refroidissement

ou d'un courant d'air. Il est même certaines formes d'iritis qui parcourent leur période d'une manière si insidieuse que les malades ignorent complètement qu'ils ont les yeux atteints. Ils souffrent déjà depuis des années de douleurs de tête qu'ils attribuent soit au rhumatisme, soit à une toute autre cause, qui reviennent périodiquement et deviennent parfois tellement violentes que pendant l'accès l'œil du côté affecté n'aperçoit les objets qu'à travers un nuage épais, comme s'il était recouvert lui-même d'un voile. Les malades nient avoir été atteints d'ophtalmie, leur œil n'a jamais été rouge, jamais ils n'ont éprouvé de larmoiement et ils ne demandent conseil que parce que depuis une attaque rhumatismale dont ils ont été affectés récemment, ils remarquent que l'œil est devenu « faible » et qu'ils ne peuvent plus travailler d'une manière aussi continue qu'auparavant. Observe-t-on de tels yeux de plus près, on ne remarque d'abord qu'une pupille fort étroite dont la netteté pourrait tromper au premier abord et faire croire à un simple myosis. Ce n'est que par un examen approfondi qu'on découvre que le cercle pupillaire est immobile et presque partout adhérent à la capsule antérieure; que cependant les exsudations qui établissent l'adhésion ainsi que le prouve l'instillation de quelques gouttes d'atropine, ne se trouvent pas dans le champ de la pupille ou ne dépassent que fort peu son contour. Dans ces divers cas, le malade ira très rarement consulter d'abord un

spécialiste. Il essayera quelques remèdes connus de tout le monde, quelquefois inoffensifs, d'autrefois extrêmement dangereux : eau froide, collyres métalliques, et pendant ce temps, le mal progresse, l'iris enflammé et immobile se trouve dans les meilleures conditions pour fournir les exsudats plastiques, donner lieu aux adhérences. Presque toujours alors, il est impossible qu'un mydriatique, aidé d'un traitement général, combatte efficacement la cause initiale de l'inflammation irienne, vienne à bout de dilater suffisamment l'iris pour rompre les adhérences. La dilatation se fera irrégulièrement, quelques brides se rompront, d'autres persisteront, malgré la disparition complète des phénomènes inflammatoires, et dès lors le fonctionnement normal de l'œil sera tellement changé que la plus simple des causes déterminera des rechutes aboutissant à des complications si graves que la perte de la vue surviendra dans un temps plus ou moins éloigné.

L'inflammation aiguë ou chronique de l'iris, dit de Græfe, est une des affections les plus graves et les plus dangereuses qui puissent atteindre les membranes internes du globe oculaire. Par sa position centrale, la membrane irienne se trouve en contact immédiat avec certaines portions constituant de l'appareil de la vision qui sont facilement altérables, pour peu qu'elles prennent part à l'inflammation. La cristalloïde antérieure et le cristallin lui-même deviennent très vite et très facile-

ment troubles et opaques quand la phlegmasie se continue de proche en proche. D'un autre côté, l'iritis est souvent accompagnée d'exsudations ou membranes plastiques qui viennent compliquer l'inflammation de tous les dangers qu'offrent les troubles qui surviennent dans l'ouverture pupillaire.

Enfin, la phlegmasie de cette membrane amène peu à peu, si elle n'est promptement enrayée, l'épanchement du pus dans la chambre antérieure ou un rétrécissement progressif de l'ouverture pupillaire qui peut aboutir à son occlusion complète. Ajoutez à cela la complication fréquente d'adhérences et de synéchies antérieures et postérieures et vous aurez un aperçu concis de tous les désordres que peut produire l'iritis aiguë ou chronique.

Quelle ne doit pas être la souffrance de l'iris qui, selon les degrés toujours différents de l'intensité de lumière doit s'efforcer de se contracter tout à coup avec énergie et de se dilater un instant après quand il en est empêché par son adhérence permanente à la capsule antérieure. Une irritation continue, une hyperémie constante avec congestion et en second lieu une sécrétion d'exsudats inflammatoires sera le résultat d'un tel état de choses.

La distension de l'intérieur du globe augmente énormément par l'accumulation des exsudats dans la chambre postérieure; l'occlusion de la pupille empêche le déplacement du contenu de la chambre postérieure vers l'antérieure et la cornée

beaucoup plus extensible que la sclérotique dont la structure est plus libre, ne peut plus prendre sa part de la pression intra-oculaire que les parties placées entre la sclérotique et l'iris doivent supporter seules.

* Les lésions qui doivent occuper le premier rang et qui constituent le danger le plus immédiat ont lieu dans la choroïde vers laquelle le processus malade s'étend d'une manière progressive. Par suite des obstacles apportés à la circulation, il survient du côté de la choroïde des épanchements d'aspect séreux et sanguinolent, souvent même des ruptures de vaisseaux, des apoplexies capillaires de cette membrane. La nutrition de la rétine, comme celle du corps vitré, est en souffrance. Ce dernier se ramollit, se trouble en partie par la formation de flocons qui peuvent être considérés comme les résidus d'une petite hémorrhagie qui ayant eu lieu dans le tissu choroïdien, ont traversé la rétine. Lorsque les lésions sont parvenues à ce degré, une paralysie subite de la rétine ou un commencement d'atrophie du globe viennent terminer la scène.

Après ce tableau tracé sans exagération aucune, nous ne voudrions pas que l'on supposât en nous l'idée de proposer et de pratiquer immédiatement l'iridectomie et de ne pas faire autre chose. Bien loin de nous cette pensée.

Nous reconnaissons que les iritis, de quelque nature qu'elles soient, d'origine dyscrasique ou idiopathique peuvent parfaitement et radicalement

guérir par le fait d'un traitement local et général, à la condition absolue que ce traitement soit institué et ait pu produire son effet avant que des adhérences irido-capsulaires se soient établies. Si l'insatillation répétée de sulfate d'atropine ou même encore celle plus puissante de sulfate de duboisine a pu amener rapidement une dilatation maxima de la pupille, on aura bien des chances pour maintenir l'intégrité du fonctionnement de la membrane irienne, et une fois cela obtenu, on aura devant soi tout le temps pour opposer à la cause de la maladie le traitement général approprié.

Mais si pour une cause quelconque, on se trouve en face d'une iritis avec synéchies rebelles aux mydriatiques, les rechutes surviendront fatalement. On aura beau agir contre l'affection ou contre ses rechutes, entretenue qu'elle est par des produits qui lui doivent leur existence, il est évident que les exsudats n'auront d'autre tendance que celle de s'accroître jusqu'à amener l'occlusion ou l'obstruction de la pupille. Dans ces cas, renversant la proposition du D^r Denis, citée plus haut, nous dirons que l'intervention chirurgicale est encore seule capable d'enrayer le mal et que le traitement de l'état dyscrasique ne peut avoir qu'une influence tout à fait secondaire avec l'opération, et nulle sans l'opération.

Les observations suivantes que nous devons à l'obligeance de M. le D^r Fieuzal et qui remontent à plusieurs années démontrent notre assertion d'une

manière péremptoire. Celles que nous avons recueillies nous-même dans le service, bien que ne remontant pas à une époque si éloignée sont cependant de nature à corroborer notre manière de voir.

" OBSERVATION II. — M. M..., 35 ans, se présente à la consultation du Dr Fieuzal, en 1871.

Il est atteint d'irido-choroïdite de l'œil droit, avec occlusion pupillaire et poussées fréquentes et très douloureuses. L'œil gauche est atteint lui-même d'iritis anciennes avec synéchies postérieures multiples. Les rechutes s'observent surtout sur l'œil droit qui n'a aucune acuité visuelle et qui est très douloureux à la pression et spontanément.

Début de la maladie sur l'œil droit en 1865. Il a été soigné à cette époque par des instillations de collyre au nitrate d'argent, et plus tard par le Dr Testelin qui le soumit au traitement rationnel : mercure jusqu'à salivation et atropine.

Dès 1877, le Dr Testelin proposa l'iridectomie qui ne fut pas acceptée.

Depuis cette époque, c'est-à-dire pendant neuf ans, il eut des rechutes graves deux fois par an, au printemps et en automne, qui le retenaient éloigné de ses travaux pendant deux mois à chaque récurrence. Il n'a pas d'antécédents syphilitiques, il est rhumatisant.

M. le Dr Fieuzal lui proposa une opération sur les deux yeux, à la première consultation, mais le malade n'accepta l'opération que sur l'œil droit. L'iridectomie est pratiquée sur cet œil par une incision très périphérique, et un large lambeau d'iris est enlevé.

Les suites de l'opération furent des plus simples et le malade put reprendre ses travaux au bout de quinze jours. Quant à l'acuité visuelle elle s'est recupérée peu à peu, et les rechutes

ne se sont pas remontrées une seule fois depuis neuf ans. En juillet 1883, nous retrouvons pour cet œil $V = 20/50$.

L'œil gauche fut pris en 1875, et soigné par des ventouses, l'iodure de potassium, les sudations et l'atropine; nouvelle rechute en 1876 à deux reprises, et en 1877, une nouvelle poussée d'une violence telle, que M. M..., vient de lui-même prier M. Fieuzal de lui faire l'opération sur ce même œil. L'iridectomie fut pratiquée en pleine poussée d'iritis : néanmoins les suites en furent des plus simples; le malade put reprendre ses travaux au bout de six semaines. Depuis ce temps, c'est-à-dire depuis plus de six ans, M. M... n'a plus eu aucune rechute et ne trouve pas d'expression pour témoigner sa reconnaissance. L'œil gauche a une $V = 20/20$ et le travail le plus assidu n'a pas amené de nouvelle récurrence. Il lit le numéro 1 de Snellen et quant à l'œil droit il peut lire facilement le numéro 5.

Les observations de ce genre sont très nombreuses; aussi M. Fieuzal ne manque-t-il pas une occasion de rappeler combien l'intervention chirurgicale est utile dans ces cas et combien il importe de se prononcer catégoriquement vis-à-vis des malades atteints d'une semblable affection. La sclérotomie, les paracentèses répétées ne sont pour lui que d'une valeur contestable; aussi doit-on toujours leur préférer l'iridectomie.

OBSERVATION III. — M. L... (de Brive), même maladie, même traitement. Opéré depuis 1870, plus de récurrence depuis cinq ans.

OBSERVATION IV. — M. B..., même iritis récidivante; se présentait à la clinique tous les deux mois pour une poussée nouvelle d'iritis. Opéré en 1877. Plus de récurrence.

OBSERVATION V. — Madame B... Opérée en 1877. Plus de récidive.

OBSERVATION VI. — M. L... Opéré en 1873, sur l'œil droit et en 1876 sur l'œil gauche, et tant d'autres très anciennement inscrits et revus depuis tous les ans, pour faire constater le résultat, n'ont dû qu'à l'iridectomie de voir cesser les poussées régulières qui, outre les douleurs intolérables qu'elles occasionnaient, leur faisait perdre peu à peu toute acuité visuelle.

A côté de ces cas sans aucune récidive, les uns depuis dix ans, les autres depuis neuf, huit, six et cinq ans, le nombre de ceux chez lesquels l'iridectomie n'a pas arrêté la récidive est excessivement rare et on peut dire négligeable.

Dans les observations suivantes qui nous sont personnelles, on pourrait nous faire le reproche de n'avoir pas parlé du traitement général ou local. Nous tenons à dire que ce traitement a été rigoureusement appliqué, et que si nous n'en avons pas fait mention c'est qu'à chaque observation nous nous serions exposé à des redites inévitables.

OBSERVATION VII. — Madame D..., 36 ans, n° 1102, O. D. Iritis ancienne à rechute. Première rechute dans le courant de l'année 1879; malade depuis à différentes reprises. De l'œil droit elle ne compte les doigts qu'à 1 mètre.

Iridectomie le 16 mars 1881. Exeat le 21 mars, sans complications.

1^{er} avril, O. D. V. — Compte les doigts à 3 mètres. Revenue depuis à différentes reprises à la clinique. L'acuité visuelle ne

s'est pas améliorée; à l'ophthalmoscope, on constate des troubles du corps vitré.

1^{er} novembre 1884. Pas de rechute.

OBSERVATION VIII. — M. H... (Pierre), n° 2208. Iritis ancienne double à rechute, avec synéchies postérieures multiples.

Pas de diathèse. Début de la maladie il y a six mois. Guérison et rechutes à différentes reprises pendant cet intervalle.

O.D. } V = C. les doigts à 2 mètres.
O.G. }

Iridectomie double le 2 avril 1881. Suites normales de l'opération.

10 janvier 1884. Pas de rechute.

O.D. } V = 1/10 + 2 D. = 1/6.
O.G. }

OBSERVATION IX. — M. M..., 56 ans, n° 7,319 O.G. Iritis ancienne à rechute. Début de la maladie dans le courant de l'année 1880. Deux rechutes avec diminution de l'acuité visuelle, consécutive.

12 juin 1882. O.G. V = 1/4 iridectomie.

26 juin 1884. Pas de récurrence, même acuité visuelle.

OBSERVATION X. — M^{me} F., 55 ans, n° 8497 : O.D. } Iritis
O.G. } ancienne avec synéchies irido-capsulaires, multiples, se présente à la clinique le 28 mars 1882. Malade depuis deux ans à différentes reprises : O.D. } V = 1/2. Iridectomie double le
O.G. }
21 août 1882.

25 mai 1885. Pas de récurrence, même acuité visuelle.

OBSERVATION XI. — M^{me} L..., 54 ans, n° 9905 O.G. Iritis rhumatismale récidivante. Début de la maladie au mois de décembre 1881 après une attaque de rhumatisme.

27 mai 1882. Troisième rechute. Iridectomie le 3 juillet 1882.

6 mars 1885. Pas de rechute.

OBSERVATION XII. — M. C..., 21 ans, n° 11,451 O.G. Iritis ancienne avec synéchies postérieures multiples. Tension normale O.D. Irido-choroïdite consécutive à des iritis à rechute. Tension — 2.

Début de la maladie dans le courant de l'année 1878. Plusieurs rechutes sans que le malade puisse en préciser le nombre.

Iridectomie double le 21 août 1882. Très bon résultat pour l'œil gauche. Aucun résultat pour l'œil droit qui a dû être énuclée quelques jours après l'iridectomie.

Lettre reçue le 10 avril 1883 : « Je n'ai pas souffert de l'œil gauche et ma vue s'est notablement améliorée. »

Une seconde lettre, datée du 4 mars 1885, confirme la guérison.

OBSERVATION XIII. — M. Jules D..., 60 ans, n° 10,531,
O.D. } Iritis ancienne avec synéchies postérieures multiples.
O.G. }
O.D. V = C.D. à 2 mètres.
O.G. V = 1/6 S.A.

Atteint depuis dix ans, à différentes reprises, tantôt de l'œil droit, tantôt de l'œil gauche. Après chaque rechute, l'acuité visuelle diminuait, et, depuis six mois environ, le travail est devenu impossible.

Iridectomie double le 31 juillet 1882.

Le malade quitte la clinique douze jours après l'opération.

Lettre reçue le 29 septembre : « Depuis ma sortie de la clinique, mon état a continué de s'améliorer. Voici près d'un mois que mes yeux n'ont plus de rougeur, la lumière me fatigue beaucoup moins. »

Nouvelle lettre reçue le 1^{er} mars 1883, le malade avait repris ses fonctions de chef de bureau.

OBSERVATION XIV. — M. M..., n° 14,363, O.G. Iritis spécifique — $V = 1/10$ S.A. Syphilis au mois de septembre 1882. Trois semaines après, iritis avec condylomes. Guérison le 20 novembre. Rechute le 27 janvier 1883. Iridectomie le 28 février.

13 juillet 1884. Pas de rechute.

O.G. $V = 1/6$.

OBSERVATION XV. — M. B..., 19 ans. O.D., iritis à rechute. Début de la maladie au mois de juillet 1882. Actuellement, troisième rechute.

O.D. $V = 2/3$.

Iridectomie le 28 décembre 1882.

1^{er} mai 1885. Pas de rechute, même acuité visuelle.

OBSERVATION XVI. — M. G..., 50 ans, n° 12,549. O.D. Iritis rhumatismale à rechute. Malade pour la première fois dans le courant de l'année 1880. Douleurs rhumatismales à différents intervalles. Deux rechutes depuis cette époque.

O.D. $V = C.D.$ à 1 mètre.

Iridectomie le 11 octobre 1882.

13 avril 1883. Pas de récurrence.

O.D. + 1 D. $= 1/2$.

20 juin 1884. Pas de récurrence.

CHAPITRE II

Comme il est maintenant positif que par l'excision d'une portion de l'iris, on empêche et on enraye les progrès d'une inflammation de cette membrane, il est naturel qu'on recherche la raison physiologique de cette thérapeutique entreprise par de Græfe d'une manière qu'on ne peut appeler qu'empirique. Par l'excision d'une partie de l'iris on obtient : 1° l'écoulement de l'humeur aqueusé de la chambre antérieure; 2° la diminution de la surface sécrétante de l'iris; 3° une hémorrhagie légère provenant de l'excision des vaisseaux iridiens ; 4° le rétablissement de la communication de la chambre antérieure avec la postérieure ; 5° l'écoulement de l'épanchement le plus souvent liquide qui se trouve dans la chambre postérieure lequel, par sa pression en avant dès le principe de son accumulation a été la première cause de l'irritation et est devenu plus tard celle de la compression de l'iris. Toutes ces circonstances ont pour conséquence immédiate une circulation plus libre, plus régulière dans le parenchyme de l'iris. Les phénomènes d'irritation ainsi que ceux provenant de la compression disparaissent ; bientôt une humeur aqueuse limpide, non

troublée par une exsudation inflammatoire, vient occuper les deux chambres; l'iris lui-même, jusqu'alors incolore, reprend sa coloration antérieure et sa turgescence normale.

On obtient en deuxième lieu par cette excision la suppression de cette énorme compression qu'éprouvaient toutes les membranes internes du globe et ses milieux réfringents. Mais avant tout, la retine est délivrée de la pression dont elle avait le plus à souffrir à cause de la délicatesse de ses parties constituantes. Elle s'approprie mieux la lumière incidente, l'amblyopie cède, les milieux réfringents, principalement le corps vitré et le cristallin qui avaient été déplacés par une compression anormale, peuvent mieux s'approprier les éléments nutritifs plus convenables qui leur sont apportés. Le rétablissement de la communication de la chambre antérieure avec la postérieure, est aussi le levier qui fait cesser d'une manière heureusement mécanique la pression intra-oculaire. Cette seule circonstance n'explique cependant pas encore suffisamment la cessation de la phlegmasie dont elle fait seulement disparaître la conséquence. La véritable propriété antiphlogistique de l'iridectomie, ne s'explique que par l'étude de la disposition anatomique du système vasculaire de l'iris et de la choroïde.

Le sang artériel de l'iris est fourni pour la plus grande part par les artères ciliaires postérieures qui perforent la sclérotique au pôle postérieure du bulbe, se dirigent en avant entre cette membrane et la

choroïde, se divisent à leur arrivée au corps ciliaire et pénètrent ensuite dans le tissu du voile irien. Outre ces vaisseaux naissant des artères ciliaires postérieures longues, les artères ciliaires postérieures courtes en fournissent encore quelques-unes, et les ciliaires antérieures envoient aussi de nombreuses ramifications au parenchyme de l'iris.

Le sang veineux est ramené : 1° en fort petite quantité par de petits troncs veineux correspondant aux artères ciliaires antérieures ; 2° en fort minime quantité également par les petits troncs veineux, qui accompagnent les artères ciliaires longues postérieure ; 3° en plus grande quantité par les veines d'origine correspondantes aux artères ciliaires postérieures courtes et déversant leur contenu dans les vasa vorticosa. L'iridectomie diminue la masse du sang veineux de la choroïde et cette diminution est nécessairement en rapport avec la dimension de la partie enlevée.

L'effet physiologique de l'iridectomie repose donc sur une diminution directe de la masse sanguine de la choroïde ainsi que la suspension des conséquences de l'inflammation dont l'existence devenait à leur tour autant de causes nouvelles de phlegmasie.

A quel moment doit-on pratiquer l'iridectomie ? On se trouvera placé dans les meilleures conditions, lorsque toute trace d'inflammation aura disparu ; c'est alors qu'on pourra obtenir de l'opération les

meilleures résultats et qu'on aura le moins à craindre des complications, soit pendant soit après l'opération. Si l'iridectomie est pratiquée en pleine période inflammatoire, l'opération sera douloureuse, et par ce fait les mouvements involontaires du malade gêneront beaucoup l'opérateur. De plus, l'hémorragie consécutive à la section cornéenne sera relativement considérable, emplira la chambre antérieure et voilera complètement le champ opératoire. Il sera très difficile de saisir alors l'iris au lieu d'élection, de l'attirer au dehors de la plaie cornéenne et on s'exposera ainsi, en agissant forcément au hasard, à commettre des délabrements considérables.

De plus, comme il est impossible que la section irienne arrête immédiatement l'inflammation de cette membrane, il arrive souvent que des produits inflammatoires sont de nouveau épanchés, obscurcissent la pupille et établissent parfois de nouvelles adhérences avec une très grande rapidité entre les lèvres de la plaie irienne et la cristalloïde antérieure. On perd souvent ainsi tout le bénéfice de l'opération et c'est en pareille circonstance qu'on se trouve obligé d'ouvrir une seconde pupille artificielle. Il est donc préférable, pour ne pas s'exposer à de pareils mécomptes et s'il est possible d'attendre, de n'intervenir que lorsque les accidents aigus sont enrayés.

Il est des cas cependant où l'opération doit être décidée et pratiquée immédiatement : c'est lorsqu'on

se trouve en présence d'une iritis ayant déjà plusieurs fois récidivé et s'accompagnant pendant une nouvelle rechute de phénomènes d'irido-chorôidite glaucomateuse. En pareille circonstance, les violentes douleurs ressenties par le malade, l'inflammation suraiguë de l'organe tout entier, la tension exagérée du globe oculaire ne contre-indiquent point l'opération; au contraire, l'iridectomie diminue la tension de l'œil et met rapidement un terme aux douleurs du malade. Si en même temps on a eu le bonheur de sectionner un large lambeau de la membrane irienne, ce qui n'est pas toujours facile à cause de la friabilité de l'iris, on aura toutes chances d'avoir enrayé la marche de la maladie et de rendre à l'œil une certaine acuité visuelle. L'observation suivante, que nous devons à l'obligeance d'un de nos meilleurs amis le Docteur Campart nous fournira la preuve de cette dernière manière de voir.

OBSERVATION XVII. — Madame C..., se présente à la clinique le 16 décembre 1886. Pour la première fois, il y a huit ans, à la suite d'un refroidissement (la malade n'est ni rhumatisante ni syphilitique), elle a été prise d'iritis de l'œil droit, s'accompagnant de réaction inflammatoire assez violente pour la forcer à aller consulter un oculiste. Un traitement méthodique, atropine, compresses chaudes d'infusion de camomille, sulfate de quinine, a été ordonné et appliqué. Il est plus que probable toutefois que des adhérences avaient pu s'établir; car depuis cette époque elle a eu trois rechutes qui ont duré environ cinq semaines chacune, et c'est pour la quatrième qu'elle vient aujourd'hui consulter. Pendant cette

intervalle de huit années, la vue avait considérablement baissé.

La malade est atteinte depuis quatre jours, et depuis vingt-quatre heures elle souffre atrocement.

L'acuité visuelle est abolie, la perception lumineuse heureusement conservée.

La tension du globe est notablement augmentée, la sclérotique est rouge, violacée, la conjonctive est boursouflée par du chémosis, le champ pupillaire est complètement obstrué par des exsudats, l'iris décoloré est fixé au niveau du sphincter et proémine dans la chambre antérieure sous forme d'entonnoir. L'iridectomie est immédiatement proposée et la malade souffre tant qu'elle l'accepte avec joie.

Malgré la friabilité de l'iris, le Dr Campart a pu établir une pupille suffisamment large; les suites de l'opération ont été des plus simples, et aujourd'hui, quatre mois après l'opération, la malade a recouvré 1/10 d'acuité visuelle.

En dehors de l'iridectomie, d'autres opérations ont été proposées depuis pour mettre un terme aux iritis à rechutes et à leurs complications.

Nous avons vu plus haut que Junge, de Saint-Pétersbourg, recommande comme traitement de l'irido-choroïte la paracentèse fréquente de l'œil et il aurait réussi dans deux cas à arrêter les progrès de la maladie.

Depuis cette époque, aux nombreuses opérations pratiquées sur l'œil est venue s'adjoindre la sclérotomie. Les remarquables succès dus à cette opération dans les cas d'hypertonie glaucomateuse du globe oculaire ont rationnellement amené les ophtalmologistes à pratiquer la sclérotomie dans les

cas d'irido-choroïdite consécutive aux occlusions pupillaires.

Nous serions dans notre tort si nous ne reconnaissons pas à ces deux sortes d'opérations une valeur réelle dans le traitement chirurgical de la maladie qui nous occupe ; mais nous sommes bien loin de les proposer pour obtenir une guérison radicale. Nous croyons seulement que la paracentèse répétée et la sclérotomie peuvent rendre des services pendant la période inflammatoire de l'irido-choroïdite glaucomateuse déterminée par une iritis à rechute. En effet, la paracentèse, la sclérotomie diminueront certainement la tension du globe oculaire, et par ce fait, mettront l'œil dans les meilleures conditions pour obtenir la cessation de l'inflammation et des douleurs ; mais elles laisseront persister l'occlusion pupillaire et ne feront par conséquent qu'éloigner le moment où l'on se verra obligé de pratiquer l'iridectomie.

Pour ceux qui reculeraient devant une iridectomie en pleine période inflammatoire, il n'y aurait aucun inconvénient à ce qu'il soit fait usage de la paracentèse ou de la sclérotomie, à la condition que quelques jours après, on complète le traitement chirurgical par l'iridectomie qui se pratiquera alors dans de meilleures conditions

CONCLUSIONS

En résumé, l'iridectomie sera toujours indiquée dans le cas d'iritis ancienne ou récente, ayant déterminé des adhérences irido-capsulaires plus ou moins complètes. On ne devra même pas attendre une première rechute pour intervenir; si l'on se trouve en présence d'une iritis à rechute suivant régulièrement son cours, ne paraissant pas devoir occasionner quelque complication grave, il sera préférable d'attendre la terminaison de la maladie et de n'opérer que lors que toute inflammation aura disparu.

Si, au contraire, le malade a déjà été plusieurs fois atteint, si le sphincter irien est complètement fixé à la cristalloïde antérieure par des synéchies multiples si la membrane irienne se présente en infundibulum, soulevée à sa périphérie par l'humeur aqueuse de la chambre postérieure, n'ayant plus de voie de communication avec la chambre antérieure, si la tension est augmentée, si les douleurs sont violentes, il faut opérer immédiatement.

Dans les deux cas, l'iridectomie sera large, le plus large possible dans le deuxième cas. Il est aisé de comprendre, en effet, que l'iridectomie pratiquée

sur un œil enflammé ne peut pas enrayer immédiatement les accidents inflammatoires et leurs conséquences. Il suffira que, pendant vingt-quatre heures seulement, des exsudats s'épanchent encore sur les bords de la plaie irienne pour retrécir considérablement une pupille qu'on supposait très large après l'opération.

Il sera facile d'obvier à cet inconvénient en ne craignant pas d'exciser un large lambeau d'iris.

Vu,
Le président de la thèse,
PANAS.

Vu,
Bon et permis d'imprimer.
Le vice-recteur de l'Académie,
GREARD.

